

Votre avis est important

Vous allez quitter le Centre hospitalier Michel Mazéas de Douarnenez.

Afin de connaître votre avis sur votre séjour, nous vous proposons de remplir ce questionnaire, de manière anonyme ou non.

Vous pouvez le déposer dans la boîte aux lettres située dans chaque service d'hospitalisation, ou l'adresser par courrier au directeur de l'établissement.

Merci de cocher la case correspondante à votre choix.

Renseignements généraux

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Moins de 30 ans De 30 à 40 ans De 40 à 50 ans De 50 à 60 ans De 60 ans à 75 ans Plus de 75 ans

2. Vous avez fréquenté le Centre hospitalier à l'occasion

d'une consultation externe d'une hospitalisation en journée d'une hospitalisation complète

3. Était-ce votre première consultation ou hospitalisation dans l'établissement ?

Oui Non

4. Si vous avez été hospitalisé au sein de l'établissement, quel service avez-vous fréquenté à cette occasion ? Entourez-celui que vous évaluez

Urgences Médecine 3 Médecine 2 Cardiologie Unité de soins palliatifs
 Soins de suite et de réadaptation Médecine post-urgences Consultation d'un spécialiste

5. Vous avez été orienté au Centre hospitalier par ?

Un service d'urgence (pompiers, SAMU) Votre médecin Un proche Un autre établissement/structure de santé

Accueil et informations

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Insatisfaisant Très insatisfaisant

6. Que pensez-vous de l'accueil qui vous a été réservé

par le personnel administratif lors de votre admission ?

7. Et de l'accueil qui vous a été réservé par le personnel

du service fréquenté ?

8. Avez-vous reçu un livret d'accueil patients ?

Oui Non

9. Si oui que pensez-vous de celui-ci ?

10. Des informations générales sur vos droits (personne de

confiance, directives anticipées) vous ont-elles été communiquées ?

Oui Non

11. Avez-vous été informé(e) de l'existence de représentants des usagers au sein de l'établissement ?

Oui Non

Prise en charge

12. Avez-vous reçu spontanément (sans avoir à le demander)

des explications sur votre état de santé, votre traitement, vos soins... ?

Oui Non

13. Les médecins du Centre hospitalier ont-ils répondu à vos questions ?

Oui Non

14. Avez-vous bénéficié d'une écoute attentive de la part des professionnels rencontrés ?

Oui Non

15. Avez-vous eu besoin d'aide pour des activités courantes

(se laver, s'habiller, manger, se déplacer) ?

Oui Non

16. Que pensez-vous de l'aide reçue à cette occasion ?

excellente bonne moyenne faible mauvaise

17. Avez-vous eu besoin d'une aide urgente au cours de votre hospitalisation ?

(malaise, perfusion débranchée...)

Oui Non

18. Que pensez-vous du délai d'attente pour recevoir cette aide urgente ?

excellent bon moyen faible mauvais

19. Que pensez-vous du respect de votre intimité pendant votre prise en charge dans l'établissement ? excellent bon moyen faible mauvais
20. Et du respect de la confidentialité et du secret professionnel vous concernant ? excellent bon moyen faible mauvais
21. Avez-vous ressenti des douleurs au cours de votre prise en charge ? Oui Non
22. Concernant la prise en charge de cette douleur, vous êtes ? Satisfait Insatisfait

Prestations hôtelières

(À remplir uniquement si vous avez été hospitalisé plus d'une journée dans l'établissement)

23. Vous étiez dans une chambre ? Simple Double
- | | Très satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Insatisfaisant | Très insatisfaisant |
|---|--------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Qu'avez-vous pensé du confort de la chambre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. De la propreté, entretien de la chambre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Du calme et de la tranquillité de la chambre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. De la température de la chambre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Avez-vous pris un repas pendant votre hospitalisation ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| 29. Qu'avez-vous pensé de la qualité de ce (de ces) repas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Et de la variété des plats ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Votre sortie

(À remplir uniquement si vous avez été hospitalisé plus d'une journée dans l'établissement)

- | | Très satisfaisant | Satisfaisant | Peu satisfaisant | Insatisfaisant | Très insatisfaisant |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31. Avez-vous été satisfait de la préparation de votre sortie ? (évaluation des besoins d'aide à domicile, orientation vers un service adapté, documents de sortie) ou des conditions de votre sortie ? | <input type="checkbox"/> |
| 32. Avez-vous reçu des informations sur les médicaments à prendre à votre sortie ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| 33. Avez-vous reçu des informations sur votre suivi après votre sortie (prochains rendez-vous, prochaines étapes, relais du médecin traitant) ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| 34. Avez-vous reçu des informations sur les signes ou complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |
| 35. Avez-vous confiance pour la suite de votre sortie ? | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | |

Appréciation générale

36. Globalement votre appréciation sur l'établissement est ? excellente bonne moyenne faible mauvaise
37. Recommanderiez-vous l'établissement autour de vous ? Oui Non
38. Si vous deviez être à nouveau hospitalisé, reviendriez-vous sur l'établissement ? Oui Non

Observations, suggestions (ce que vous avez retenu de positif ou négatif sur l'établissement) (Facultatif)

.....

.....

.....

.....

Vous êtes ?

Le patient Un accompagnant Nom / Prénom (facultatif)

Date (facultative)